

### ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАДНИМИ БЛОКИРОВАННЫМИ ВЫВИХАМИ ПЛЕЧА

*Аскерко Э.А.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Под задними блокированными вывихами плеча (ЗБВП) понимают наличие дефекта головки (ДГ) плечевой кости в переднем секторе ее окружности, которым головка плеча, наподобие «седла наездника», фиксируется на заднем крае суставного отростка лопатки.

В классическом труде, посвященном ЗБВП "Locked posterior dislocation of the shoulder" авторов Hawkins R.J., Neer C.S., Pianta R.M., Mendoza F.X. изложенном в Североамериканском журнале «Хирургия костей и суставов» в 1987 г. описаны методики лечения 40 больных, за 18 летний период, с 1965 по 1982 г.г. По истечении почти четверти века с момента публикации этой статьи, в хирургии ЗБВП мало что изменилось. По прежнему, лечение патологии представляет определенные трудности. Ее коррекция, не проведенная вовремя, приводит больных к отказу от всех видов трудовой деятельности и самообслуживания, гарантирует инвалидность всех без исключения пациентов. Учитывая, что ЗБВП достаточно часто встречается в клинической практике, возникла необходимость разработки методики восстановления стабильности плечевого сустава (ПС), полного объема активных движений и ликвидации болевого синдрома. Однако, в ходе выполнения хирургического вмешательства возникает ряд затруднений. Поэтому, данное сообщение посвящено выявлению, определению и преодолению проблем возникающих в ходе оперативного вмешательства и затрудняющих его выполнение.

**Материалы и методы.** Клиника травматологии и ортопедии УО «ВГМУ» располагает опытом лечения 31 пациента с ЗБВП за период с 1992 по 2009 г. г., мужчин было – 30, женщин 2. Давность патологии составила от 1 нед. до 2,5 мес.

Диагностику патологии осуществляли с применением клинических, рентгенологических исследований, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Ультразвуковое исследование и артроскопию не применяли из-за низкой информативности в первом случае и отказа от двух последовательно проводимых оперативных вмешательств во втором.

Все оперативные вмешательства проводили под эндотрахеальным наркозом. К плечевому суставу использовали доступы Лангенбека, передний крючковидный и др.

В 3 случаях, после открытого вправления временно стабилизировали ПС спицами, проведенными сквозь головку плеча в СВЛ. 7 пациентам выполнена остеотомия с целью выведения дефекта головки плеча из контакта с суставной впадиной лопатки (СВЛ) и фиксации Г и Т – образными пластинами. Транспозицию клювовидного отростка в ДГ выполнили 1 больному.

В 3 случаях дефект заполнили фрагментом малого бугорка с фиксацией костного фрагмента винтом. У 4 пациентов при незначительном дефекте

выполнили пластику заднего края суставного отростка лопатки костным аутооттрансплантатом. У 5 больных выполнили транспозицию сухожилия подлопаточной мышцы. В 8 случаях открытое вправление сопровождали методикой разработанной в клинике.

**Результаты и обсуждение.** Результаты оценены у всех больных в сроки от 3 недель до 4 лет. Остеотомия плечевой кости с выведением головки из контакта с СВЛ и фиксацией пластиной позволила получить удовлетворительные результаты в сроки наблюдения 3 мес. Значительный срок улучшения функции ПС был обусловлен консолидацией фрагментов плечевой кости и длительной внешней иммобилизацией. Выполнение ротационной остеотомии требует тщательной оперативной техники (из-за возможного ятрогенного повреждения подкрыльцового нерва), операция травматична (значительный доступ для установки пластины), необходимо повторное оперативное вмешательство для удаления металлоконструкций и устранения столкновения пластины и акромиона, что предопределяет общий длительный срок реабилитации пациентов.

Анализ исходов лечения у больных с открытым вправлением головки и ее стабилизацией спицами показал, что процент улучшения в первые 2 мес. после операции был незначительным. Так, сохранялся болевой синдром и раскрытия плечелопаточного угла (ПЛУ) не отмечено. В дальнейшем интенсивность боли уменьшилась, но не исчезла полностью. ПЛУ в этот период увеличился до 60°. Таким образом, к году после операции и последующей реабилитации удовлетворительные результаты лечения не достигнуты (СКИ -  $3,33 \pm 0,58$ ), в дальнейшем они имели небольшую тенденцию к улучшению (СКИ -  $3,66 \pm 0,58$ ). Способ временного удержания головки плечевой кости в СВЛ посредством спиц по нашему мнению не эффективен. Он не устраняет причину блокирования, а именно ДГ. Фиксация головки спицами возможна в положении приведения плеча, поэтому развивается стойкая приводяще - ротационная контрактура (обусловленная реактивным артритом и жесткой иммобилизацией), устранению которой препятствуют металлоконструкции, требующие удаления (повторная госпитализация и операция).

При анализе исходов лечения больного с транспозицией клювовидного отростка в ДГ отмечено, что после проведения восстановительного лечения активность пациента значительно увеличивалась в более отдаленные сроки (к 4-5 мес. после операции). Это было связано с тем, что объем оперативного пособия заключающийся в мобилизации головки и ее вправлении, расширился за счет рассечения сухожилия подлопаточной мышцы (ПМ), отсечения клювовидного отростка с прикрепляющимися сухожилиями, его транспозицией, фиксацией на подготовленную площадку ДГ и рефиксацией ПМ. В целом у больного были получены хорошие результаты в сроки более 6 мес. с восстановлением функции ПС. При этом, сохранялся болевой синдром, что по нашему мнению было определено несвойственным перемещением клювовидного отростка и травматизацией переднего отдела хрящевой губы в условиях внутренней ротации.

Анализ реабилитации больных с использованием для закрытия дефекта фрагмента малого бугорка показал, что в целом отмечено восстановление отведения верхней конечности. Однако, в условиях внутренней ротации плеча отмечен резко выраженный болевой синдром, что негативно сказывалось на самообслуживании пациентов и сгибании верхней конечности. Это было обусловлено миграцией винта. Поэтому применение такого объема оперативного

пособия позволяет закрыть ДГ, но его недостатком является смещение к центру точки приложения силы ПМ (медиализация ПМ снижает ее тонус, способствует возникновению функциональной мышечной несостоятельности).

Устранение ДГ плечевой кости, как основного фактора нестабильности ПС при ЗБВП и создание функциональной полноценности ПМ является первоочередной задачей. Это достижимо за счет использования предложенной нами методики (Способ лечения задних блокированных вывихов плеча Патент на изобретение №11075, Авторы: Э.А. Аскерко, Д. Дитто). Это приводит к стабилизации ПС, и с учетом вышесказанного позволяет проводить адекватное восстановительное лечение. Так, исходы оперативного лечения с использованием предложенной нами методики позволили получить хорошие результаты в сроки 3,5 мес. при СКИ= $4,26 \pm 0,45$  и величине раскрытия ПЛУ= $87,42 \pm 8,61^\circ$ , с улучшением в дальнейшем, в срок  $9,00 \pm 0,97$  мес., СКИ= $4,53 \pm 0,51$  и величина раскрытия ПЛУ соответствовала  $100,37 \pm 9,91^\circ$ . В случаях недовправления вывиха на операционном столе под эндотрахеальным наркозом, у 19 пациентов по ходу выполнения вмешательства провели подакромиальную декомпрессию. Это способствовало центрации сустава, т.к. полного вправления без декомпрессии выполнить не удавалось, ввиду отека сухожилий надостной, подостной и малой круглой мышцы.

В послеоперационном периоде иммобилизовали верхнюю конечность в условиях приведения плеча, сгибания предплечья под углом в  $90^\circ$  и максимальной наружной ротации в ПС. Это было необходимо, что бы вывести участок реконструкции головки из контакта с суставной поверхностью лопатки на срок 3 нед.

Таким образом, при лечении больных с ЗБВП предпочтительнее использовать 2 методики. Это ротационная субкапитальная остеотомия плечевой кости (операция Саха-Вебера) с учетом скрупулезного выполнения техники операции и предложенный нами способ рационального устранения вдавленного дефекта методом костной пластики и тонизации подлопаточной мышцы, которые при данной патологии являются истинно патогенетическими операциями.

Поэтому, учитывая большую социальную и медицинскую значимость проблемы лечения больных с ЗБВП, считаем целесообразным проводить реконструкцию проксимального отдела плеча с учетом вышеизложенного.